Дневник здоровья

без дат



Дневник лекарств

Приём · дозировки · запасы

50
страниц

12
месяцев отметок

6
препаратов в сетке

Содержание

Нажмите на раздел, чтобы перейти к нему. Вкладки справа и значок ⌂ работают на каждой странице.

Как вести дневник 3

Личная карточка 4

Мои лекарства 5

Отменённые препараты 6

Как принимать правильно 7

Запасы и рецепты 8

Месяцы

Месяц 1 9 | Месяц 2 12 | Месяц 3 15 | Месяц 4 18

Месяц 5 21 | Месяц 6 24 | Месяц 7 27 | Месяц 8 30

Месяц 9 33 | Месяц 10 36 | Месяц 11 39 | Месяц 12 42

Визиты к врачу 45

Заметки 49

● ЭТОТ ПЛАНЕР ПРИНАДЛЕЖИТ

НАЧАТ _____ ТЕЛЕФОН, ЕСЛИ НАЙДЁТЕ _____

Как вести дневник

Пара секунд после каждого приёма — и вы точно знаете, что приняли, что пропустили и когда пора покупать новую упаковку.

1. **Заполните карточку и список.** данные о себе, аллергии и все препараты, которые назначены сейчас
2. **Отмечайте каждый приём.** ✓ — принял(а), × — пропустил(а), утром, днём и вечером
3. **Следите за запасами.** записывайте покупки и сроки рецептов
4. **Раз в месяц — самочувствие.** побочные эффекты, пропуски и вопросы врачу
5. **Берите дневник к врачу.** и показывайте список препаратов любому специалисту

Дневник предназначен для самоконтроля и подготовки к визиту к врачу. Он не заменяет консультацию специалиста. Не меняйте лечение самостоятельно, ориентируясь на записи.

ЛИЧНАЯ КАРТОЧКА

Личная карточка

Заполните один раз и берите дневник к врачу.

ФИО

ДАТА РОЖДЕНИЯ

РОСТ, СМ

ВЕС, КГ

ГРУППА КРОВИ

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ

ТЕЛЕФОН ВРАЧА

ПОЛИКЛИНИКА

АПТЕКА

ЭКСТРЕННЫЙ КОНТАКТ

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

АЛЛЕРГИИ И НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛЕКАРСТВ

ВИТАМИНЫ, БАДЫ, ТРАВЫ, КОТОРЫЕ Я ПРИНИМАЮ

Мои лекарства

Всё, что назначено сейчас. Покажите эту страницу любому врачу.

ПРЕПАРАТ	ДЛЯ ЧЕГО	ДОЗА	КОГДА, КАК (ДО/ПОСЛЕ ЕДЫ)

Отменённые препараты

Что принимали раньше и почему перестали — важно для врача.

ПРЕПАРАТ	ДАТА	ПРИЧИНА ОТМЕНЫ

Как принимать правильно

Простые правила, которые делают лечение надёжнее.

1. **В одно и то же время.** привяжите приём к ежедневному делу: завтраку, чистке зубов, сну
2. **Как указано.** до, во время или после еды; запивайте водой, если в инструкции не сказано иное
3. **Пропустили приём.** не удваивайте следующую дозу — посмотрите инструкцию или спросите врача
4. **Не отменяйте сами.** и не меняйте дозу, даже если стало лучше или кажется, что не помогает
5. **Рассказывайте обо всём.** врачу и фармацевту — включая витамины, БАДы и травы
6. **Храните правильно.** по инструкции, в недоступном для детей месте; следите за сроком годности
7. **Таблетница на неделю.** помогает не пропускать и не путать приёмы
8. **Отмечайте ощущения.** побочные эффекты и изменения самочувствия записывайте и показывайте врачу

Срочно звоните 103 / 112, если после приёма лекарства появились отёк лица, губ или языка, затруднённое дыхание, сильная сыпь или головокружение, или вы случайно приняли намного больше назначенной дозы.

Запасы и рецепты

Чтобы лекарство не закончилось внезапно.

ПРЕПАРАТ	КУПЛЕНО	КОЛ-ВО	ХВАТИТ ДО	РЕЦЕПТ ДО

МЕСЯЦ 1

Отметки приёма: дни 1–16

МЕСЯЦ _____ ГОД _____

✓ — принял(а), × — пропустил(а). У — утро, Д — день, В — вечер.

ПРЕПАРАТ И ДОЗА		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
_____	У																
	Д																
доза: _____	В																
_____	У																
	Д																
доза: _____	В																
_____	У																
	Д																
доза: _____	В																
_____	У																
	Д																
доза: _____	В																
_____	У																
	Д																
доза: _____	В																
_____	У																
	Д																
доза: _____	В																

Отметки приёма: дни 17–31

МЕСЯЦ _____ ГОД _____

✓ — принял(а), × — пропустил(а). У — утро, Д — день, В — вечер.

ПРЕПАРАТ И ДОЗА		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
_____	У															
	Д															
доза: _____	В															
_____	У															
	Д															
доза: _____	В															
_____	У															
	Д															
доза: _____	В															
_____	У															
	Д															
доза: _____	В															
_____	У															
	Д															
доза: _____	В															
_____	У															
	Д															
доза: _____	В															